Zur Symptomatologie, Diagnose und Therapie des Portio- und Cervixkarcinoms.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 1. August 1890

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Ernst Mommsen

aus Berlin.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Holtzmann.
- Cand. med. Passow.
- Dd. med. Hasché.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Meinem Vater.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535701_0186

Die grosse Zahl von Unterleibskrebskranken, die in jedem Krankenhaus und jeder Privatpraxis, bei Reich und Arm, jährlich zur Beobachtung kommt, bildet seit allen Zeiten das ganz besondere Bestreben der Gynäkologie dieser schrecklichen Krankheit, der jährlich ein Drittel aller an Krebs leidenden Frauen zum Opfer fällt, entgegentreten zu können. Man sann von jeher auf Mittel, das erkrankte Gewebe so vollständig zu entfernen, wie nur möglich und so der Krankheit ein Ziel zu setzen. Man empfahl zu diesem Zweck seit langem bis in die neueste Zeit Ätzmittel und andere Verfahren, wie Zincum sulfuricum, Chlorzink, Elektrolyse, um sich aber nur zu bald nach jedem einzelnen eingestehen zu müssen, dass trotz aller dieser Therapie der Verlauf des entsetzlichen Leidens immer ein und derselbe, unabweislich unter qualvollem körperlichem und psychischem Dahinsiechen zum Tode führende Weg war. Erst als durch Simpson und andere durch Amputation der krebsig degenerierten Portio dem operativen Verfahren Eingang verschafft wurde, kamen wirklich glaubwürdige Heilungen in der Litteratur vor. Diese Operationen bildeten sich rasch weiter aus, bis im Jahre 1878 von Freund zuerst die Totalexstirpation des Uterus per Laparotomiam empfohlen wurde. Doch vermochte sich auch diese auf die Dauer wegen der Schwere des Eingriffs und der grossen damit verbundenen Gefahr einer Infektion noch wenig Freunde und Anhänger zu verschaffen. Erst als Czerny, Billroth, Schröder und andere mit ihrer Totalexstirpation per vaginam hervortraten, und sich vor allem auch bei dieser Operation wie in der ganzen Chirurgie der eminente Fortschritt unserer Antisepsis geltend machte, brach sich voll und ganz die Ansicht Bahn, dass durch diesen radikalen Eingriff vielleicht doch eine Möglichkeit gegeben sei, gegen die bisher stets als aussichtslos für alle ärztliche Eingriffe erwiesene karcinomatöse Erkrankung des Uterus aufzutreten. Freilich ist die Totalexstirpation immer eine gefährliche Operation und sie wird es stets bleiben. Aber Schröder sagt mit Recht: „Die eminente Gefährlichkeit des sich selbst über-

lassenen Karcinoms, welches mit absoluter Sicherheit innerhalb kurzer Frist das Leben vernichtet, rechtfertigt dann auch eine gefährliche Operation".

An eine radikale Operation ist aber natürlich nur dann zu denken, wenn das Karcinom, sei es nach der Scheide, sei es nach dem Beckenbindegewebe hin erst so wenig weit fortgeschritten ist, dass man einigermassen sicher auf eine dauernde Heilung oder doch wenigstens auf eine Heilung für einige Jahre hinaus hoffen kann. Leider liegt aber gerade hier noch die grösste Beschränkung in der Ausführbarkeit der Radikaloperation bei Uteruskrebs. Die Kranken kommen viel zu spät, sei es aus eigener, sei es anderer Schuld, in die Hände des Operateurs.

Dies zu bessern, d. h. die Krankheit so frühzeitig zu diagnostizieren, dass jedes Karcinom noch operabel ist, das müsste das Ziel eines jeden Arztes sein. Und so soll auch diese Arbeit einen kleinen Beitrag liefern zu der Möglichkeit die Zahl der operierbaren Karcinome zu heben und zu verstärken.

Dass in dieser Beziehung in den letzten Jahren schon ein günstiger Fortschritt zu verzeichnen ist, glaube ich aus folgender Statistik über die in den Jahren 1883—1889 in der Poliklinik und Klinik der Universitätsfrauenklinik zu Berlin zur Beobachtung gekommenen Fälle von Cervix- und Portiokarcinom erweisen zu können. Ich wiederhole ausdrücklich, dass es sich in dieser ganzen Arbeit nur um Cervix- und Portiokarcinome handeln soll.

Es sind in diesen 7 Jahren im ganzen 981 solcher Karcinome behandelt worden. Diese verteilen sich auf die Jahre, wie folgt:

1883: Zur Beobachtung kamen 128, davon waren aus Berlin und Umgebung 82, von diesen konnten 22 operiert werden (9 total [2 †], 11 supravaginal und 2 operabel*), 60 waren inoperabel). Es giebt das für Berlin und Umgebung eine Prozentzahl für die operierbaren Karcinome von 26,8 %. Aus der Provinz waren 46, davon wurden 10 operiert. (3 total [1 †], 7 supravaginal, 36 inoperabel.) Operierbar waren 21,7 %.

Von den 128 Karcinomen waren im ganzen 32 operabel = 25 %, davon waren 3 tötlich = 9,37 %.

1884: Von 114 Karcinomen

Berlin und Umgebung 70: davon 18 operabel = 25,7 %. (3 total, 12 supravaginal [1 †], 3 operabel, 52 inoperabel).

---

*) Operabel nenne ich sie nur, weil sie zwar zur Operation bestimmt waren, sich aber derselben entzogen.

Provinz 44: davon 7 operabel = 15,9 % (1 total [1 †], 6 supravaginal, 37 inoperabel).

Von den 114 Kranken waren 25, also 21,9 % operabel, davon 2 = 8 % tötlich.

1885: Von 127 Karcinomen

Berlin und Umgebung 77: davon 20 operabel = 25,9 %, (5 total [2 †], 12 supravaginal, 3 operabel, 57 inoperabel).

Provinz 50, davon 12 = 24,0 % operabel (5 total [1 †], 7 supravaginal, 38 inoperabel).

Von 127 Karcinomen waren 32 = 25,2 % operabel, davon verliefen 3 = 9,37 % tötlich.

1886: Von 146 Karcinomen

Berlin und Umgebung 102, davon 33 = 32,2 % operabel (20 total [4 †], 7 supravaginal, 6 operabel, 69 inoperabel).

Provinz 44, davon 9 operabel, also 20,4 % (5 total [1 †], 3 supravaginal, 1 operabel, 35 inoperabel).

Von 146 Karcinomen waren 42 operabel = 28,7 %, davon verliefen 5 = 11,9 % tötlich.

1887: 149 Karcinome.

Berlin und Umgebung 115, davon 38 = 33,4 % operabel (34 total [3 †], 4 supravaginal, 77 inoperabel).

Provinz 34, davon 9 operabel, 26,4 % (8 total, 1 supravaginal, 25 inoperabel).

Von den 149 Karcinomen 47, also 31,5 % operabel, davon 3 = 6,3 % tötlich.

1888: 144 Karcinome.

Berlin und Umgebung 93, davon 28 = 30,1 % operabel (21 total [5 †], 5 supravaginal [1 †], 2 operabel, 52 inoperabel).

Provinz 51, davon 8 operabel = 15,6 % (7 total [3 †], 1 supravaginal, 43 inoperabel).

Von 144 Kranken 36 operabel = 25,0 %, davon 9 = 25 % tötlich.

1889: 173 Karcinome.

Berlin und Umgebung 117, davon 42 = 35,8 % operabel (36 total [1 †], 6 supravaginal, 75 inoperabel).

Provinz 56, davon 7 operabel = 12,5 % (7 total [1 †], 49 inoperabel).

Von den 173 Karcinomen waren 49 = 28,3 % operabel, davon 4,08 % tötlich.

Was also die Gesamtziffer der operierbaren Karcinome anlangt, so ist im Laufe der 7 Jahre keine wesentliche Änderung zu konstatieren, diese Prozente bleiben ziemlich dieselben: 25,0 %, 21,9 %, 25,2 %, 28,7 %, 31,5 %, 25,0 %, 28,3 %. Die Durchschnittsziffer beträgt 26,0 %.

Die Mortalitätsziffer ist weniger günstig durch die Jahre 1886 und 1888, indem sie in diesen Jahren unverhältnismässig hoch ist, so dass die Durchschnittsziffer aller Jahre 10,5 beträgt. Es zeigt sich hier deutlich, wie sehr die Gefahr einer etwaigen Infektion an Zufälle und noch unberechenbare Ursachen gebunden ist. Nachdem im ganzen Jahr 1886 bis auf eine Operation im Mai, bei der in Verbindung mit der Totalexstirpation per Laparotomiam die Ovariotomie wegen eines Ovarialtumors vorgenommen werden musste, keine einzige Totalexstirpation tötlich geendet hatte, verlaufen die im Oktober und November kurz auf einander folgenden 4 sämtlich unglücklich; alle 4 Patientinnen gehen an Sepsis zu Grunde. Nicht anders liegt es mit dem Jahre 1888, wo sich auch im Januar, Februar und März kurz hinter einander 5 septisch endende Totalexstirpationen finden. Rechnen wir aber diese beiden Jahre ab, so werden wir auch hier eine deutliche Abnahme der tötlich endenden Totalexstirpationen sehen; denn nur um letztere kann es sich handeln, da ja von den in den 7 Jahren vorgenommenen 82 supravaginalen Amputationen des Cervix nur im ganzen 2 tötlich verlaufen sind.

Auffallend nun bezüglich der Operabilität bei der obigen Zusammenstellung ist der starke Unterschied zwischen den von Berlin und Umgebung in die Klinik gesandten Patientinnen und denen aus der Provinz und zwar entschieden zu Gunsten der Patientinnen aus Berlin mit seiner Umgebung. Die Prozentzahlen dieser in den 7 Jahren betragen 26,8 %, 25,7 %, 25,9 %, 32,3 %, 33,4 %, 30,1 % und 35,9 %, also eine gewiss deutliche Zunahme der operierbaren Kranken. Die Durchschnittsziffer beträgt 30 %, während die Prozentzahlen der Provinz 21,7 %, 15,9 %, 24,0 %, 20,4 %, 26,4 %, 15,6 % und 12,5 % nicht nur keine Zunahme zeigen, sondern auch vor allem in jedem Jahr einen geringeren Prozentsatz von operierbaren Karcinomen der Klinik liefern als die Stadt, so dass sich für sie nur eine Durchschnittszahl von 19,5 % ergiebt. Es genügt mir, hier diese Thatsache anzuführen und überlasse eine ursächliche Erklärung derselben einem kompetenteren Urteil. Mag es aber nun daran liegen, dass die Kranken einer Stadt, besonders einer Stadt wie Berlin mit seinen vielen Polikliniken dem Arzte eher Gelegenheit geben die Diagnose zu stellen, oder auch vielleicht daran, dass die Ärzte selbst hier geübter und erfahrener gynäkologischen Untersuchungen gegenüberstehen, jedenfalls beweist es nicht den von Hofmeier aufgestellten Satz, „dass das Verhältnis der inoperablen zu den operablen Karcinomen in den Städten noch ungünstiger ist, wie bei den „Landchirurgen"".

Dass die Gesamtziffer der operablen Karcinome im Verhältnis zu den inoperablen eine grössere geworden ist, könnte nun darin seinen Grund haben, dass die Diagnose zur Operabilität des Karcinoms in den letzten Jahren eine weitere geworden ist, dass man sich also auch bei schon auf das Beckenbindegewebe etwas weiter sich erstreckenden Karcinomen noch auf eine Operation einlässt. Wäre dies der Fall, so müsste eine wirkliche Heilung d. h. ein Freibleiben von Recidiven bei den in den letzten Jahren operierten Fällen seltener sein, als bei den in den früheren Jahren operierten. Um hierfür einen einigermassen sicheren Anhalt zu bekommen, habe ich die Fälle von Portio- und Cervixkarcinom aus der Hofmeierschen Statistik*) zusammengestellt, die in den Jahren 1883 und 1884 operiert und nach 2 Jahren sicher noch recidivfrei waren. Von den in dem Jahr 1883 die Operation überlebenden 27 Kranken waren sicher nach 2 Jahren noch 6 gesund, also 22,2 %. Im Jahre 1884 überlebten die Operation 20 Patientinnen, davon waren nach 2 Jahren sicher noch 5, also 25 %, recidivfrei. Ich hebe ausdrücklich hervor, dass es sich hier nur um die durch Herrn Professor Hofmeier sicher als gesund erklärten Patienten handelt; wohl ist es möglich, dass noch mehr Kranke gesund geblieben sind, es ist aber nicht sicher festgestellt worden, da sich die Patienten der weiteren Beobachtung entzogen hatten. Diesen beiden Jahrgängen habe ich nun die Jahre 1887 und 1888 gegenübergestellt. Das Jahr 1889 konnte ich nicht berücksichtigen, weil ich eben nur die noch nach zwei Jahren gesund Gebliebenen gegenüberstellen will. Auch hier handelt es sich wieder nur um die sicher als gesund Erklärten. Herr Dr. Krukenberg, Assistenzarzt an der kgl. Frauenklinik zu Berlin, hatte die grosse Güte, mir eine Zusammenstellung über die Recidivfreiheit der in den letzten Jahren in der kgl. Frauenklinik operierten Karcinome, also eine Arbeit, die sich der von Hofmeier über die früheren Jahre anschliesst — allerdings leider mit einer kleinen Unterbrechung, wie ich gleich bemerken werde — zur Verfügung zu stellen. Ich verfehle nicht, ihm auch an dieser Stelle meinen besten Dank dafür auszusprechen.

Die Arbeit beginnt mit dem Monat Mai 1887, es fehlen mir also die ersten 4 Monate. Von den 34 nun vom Mai bis Dezember 1887 die Operation überlebenden Kranken waren nach 2 Jahren sicher noch 12, also 35,3 % recidivfrei. Vom Jahre 1888 kann ich nur die bis zum Juli operierten Kranken nehmen, da die in den späteren Monaten des Jahres Operierten noch

*) Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynäkologie. Bd. XIII. S. 364.

nicht volle 2 Jahre lange Recidivfreiheit beweisen können. Von Januar bis Juni 1888 überlebten die Operation 16 — es ist dies, wie schon erwähnt, das bezüglich der Mortalität durch die Operation besonders ungünstige Jahr —, von diesen sind nach 2 Jahren noch 5 gesund, also 31,2 %. Aus diesen Zahlen geht also hervor, dass zum mindesten die Möglichkeit der Recidivfreiheit in den letzten Jahren nicht schlechter geworden ist; im Gegenteil, man könnte auch hier einen Fortschritt sehen, wenn auch zu einem solchen Schluss wohl noch etwas mehr Material aus weiteren Jahrgängen abgewartet werden muss. Zumal man ja eine Erklärung für den Fortschritt in der Recidivfreiheit auch vielleicht in der von Jahr zu Jahr deutlichen Zunahme der Totalexstirpationen gegenüber den supravaginalen Amputationen ersehen könnte, indem erstere doch zweifellos mehr Chancen für Recidivfreiheit bieten als letztere.

Was ich also durch diese statistische Übersicht gewonnen zu haben glaube, ist:

1. Dass die Prognose für den Verlauf einer Totalexstirpation quoad vitam eine entschieden sich stetig bessernde geworden ist, dass man somit augenblicklich die Totalexstirpation per vaginam als eine relativ möglichst ungefährliche und nicht zu fürchtende anzusehen hat; relativ bezüglich der Schwere des zu bekämpfenden Leidens und der völligen Ohnmacht jeder andern Therapie.

2. Dass zwar die Gesamtziffer der in die Klinik kommenden operablen Karcinome noch keine wesentlich bessere ist, als die früherer Jahre, dass aber bereits in Berlin eine deutliche Zunahme der noch operationsfähig in die Klinik Kommenden zu konstatieren ist; ein Resultat, was um so bemerkenswerter in die Augen fällt, als auch dadurch, dass die Prozentzahl der Recidivfreiheit nach 2 Jahren nicht abgenommen hat, sondern im Gegenteil auch gestiegen ist, nachgewiesen ist, dass die Diagnose auf ein operables Karcinom eher eine engere als weitere geworden ist. Es dürfte dies nicht zum Mindesten darauf zurückzuführen sein, dass die ärztliche Welt in Berlin im engern Anschluss an die neuen wissenschaftlichen Erfolge über Diagnose und Therapie des Karcinoms der letzten Jahre steht.

Um also dem operativen Verfahren als Behandlung des Uteruskrebs immer mehr und mehr Patientinnen unterziehen zu können, und die bereits in Berlin im Lauf der letzten Jahre angebahnte Besserung in bezug auf frühzeitige Diagnose des Karcinoms des Cervix und der Portio nicht nur fortzusetzen, sondern auch auf die Provinz auszudehnen, dazu bedarf es

eines immer noch genaueren Studiums der ersten Symptome, welche die unheilvolle Krankheit verursacht und, die den Arzt schon möglichst früh die richtige Diagnose stellen heissen.

Während meiner Stellung als Famulus in der gynäkologischen Poliklinik der Universitätsfrauenklinik, die ich während des letzten Winters bekleiden durfte, habe ich nun auf freundliches Anraten des Herrn Dr. Winter sämtliche in der Poliklinik und Klinik in diesem Zeitraum zur Beobachtung gekommenen Cervix- und Portiocarinome genau auf ihre Symptome und ihren Befund geprüft. Ich habe so während der Monate November, Dezember, Januar und Februar — März und April habe ich wegen Unwohlseins leider unterbrechen müssen — Mai und Anfang Juni im ganzen 65 Karcinome der Portio und des Cervix zur Verfügung gehabt. Ganz besonders beachtete ich dabei folgende Punkte: Welches und vor wie langer Zeit war das erste deutliche Symptom, das die Kranke bemerkte? Wann bemerkte Patientin Körperabnahme? Traten Schmerzen auf und zu welcher Zeit? Welches Symptom führte die Kranke zum Arzt? Wie lange nach dem ersten Symptom kam die Patientin zum Arzt und welche therapeutische Massregeln wurden von diesem getroffen? Sodann hatte ich noch einige Fälle, in denen die Karcinomerkrankung in naher Beziehung zu einer Geburt und einem Puerperium standen. Wie verhielten sich hierbei die Symptome?

Was die in der vorausgehenden statistischen Übersicht von mir aufgestellten Resultate anlangt, so habe ich dieselben zunächst auch an meinen 65 Kranken zu erproben. Es waren von ihnen aus Berlin und Umgebung 42, davon waren 20, also 46,3% operabel. Aus der Provinz waren 5 = 21,7% operabel. Von der Gesamtzahl 65 waren 25 operabel = 38,4%. Es lässt sich also auch hier derselbe Fortschritt in operablen Fällen, besonders in Berlin und Umgebung feststellen.

Schwierig war es die Karcinom der Portio und des Cervix genau von einander zu trennen. Bei den operierten Kranken habe ich mich rein nach der nach der Operation im pathologischen Institut gestellten Diagnose richten können, bei den andern habe ich mich auf den anatomischen Erfahrungssatz gestützt, dass die Karcinome der Portio selten in den Cervix hinein dringen, sondern sich mehr auf die Scheidenschleimhaut fortsetzen, während das Cervixkarcinom mehr Neigung zeigt sich in den Uteruskörper auszudehnen. Ich habe also nur solche Karcinome, die den äusseren Muttermund nicht überschritten

haben zu Portiokarcinomen gerechnet. Ich bin mir allerdings vollkommen klar darüber, dass ich mich so nicht gänzlich vor Irrtümern bewahrt habe.

Der Vollständigkeit wegen rubriziere ich meine Fälle auch nach dem Alter, ferner nach der Zahl der Geburten und Aborte. Es zeigt sich auch in meinen Zahlen die grosse Disposition, die gerade die klimakterischen Jahre der karcinomatösen Erkrankung bieten. Ich habe auch hier wie es Hofmeier gethan hat die Portio- und Cervixkarcinome geschieden. Von den 31 an Portiokarcinom Erkrankten standen im Alter von Jahren:

20—30 : 1 ; 50—60 : 6
30—40 : 6 ; 60—70 : 4
40—50 : 13 ; 70—75 : 1.

Die Durchschnittsziffer beträgt 47,6 Jahre.

Von den 34 an Cervixkarcinom Erkrankten hatten ein Alter von Jahren:

20—30 : 3 ; 50—60 : 8
30—40 : 6 ; 60—70 : 3
40—50 : 12 ; 70—75 : 2.

Die Durchschnittsziffer beträgt 47,9 Jahre.

Hofmeier bestimmte das Durchschnittsalter der an Portiokarcinom Erkrankten auf 42 Jahre, der an Cervixkarcinom Leidenden auf 47 Jahre. Es liegt also in meinen Zahlen keine deutliche Bestätigung des Hofmeierschen Schlusses, dass die karcinomatöse Erkrankung der Portio mehr Neigung habe in jüngeren Jahren sich zu zeigen als die des Cervix.

Sodann habe ich meine 65 Fälle bezüglich der vorausgegangenen Geburten und Aborte angesehen. Ich hebe gleich am Anfange hervor, dass sich unter allen Kranken nicht eine einzige Nichtgebärende befindet und nur 6 einmal Geborenhabende = 9,2%; ferner 27 = 41,5% II—V Gebärende und 32 = 49,2% VI—XVII Gebärende. Gusserow stellt von 130 Krebskranken folgende Zahlen auf: 13 = 10% I Gebärende, 53 = 40,8% II—V Gebärende und 64 = 49,2% VI—XXVI Gebärende.

Die 65 Kranken hatten nun zusammen 356 Geburten und 66 Aborte. Es kommen mithin auf jede Kranke 6,04 ausgetragene Kinder und 1,1 Aborte, also im ganzen 7,14 Schwangerschaften. Die von Gusserow von den verschiedenen Autoren gesammelten Zahlen in bezug auf die Summe der vorausgegangenen Schwangerschaften bei Karcinom des Uterus sind folgende:

Nach Scanzoni	7,01	Nach Lever	5,75
- Tanner	6,5	- Lothar Meyer	5,5
- Siebley	5,2	- Winkel	5,6
- Lebeck	3,9	- Schröder	5,02
- Beigel	5,9	- Gusserow	4,5

Hofmeier nahm eine Trennung von den an Portio- und solchen an Cervixkarcinom Erkrankten vor. Er erhielt bei ersteren die Durchschnittszahl von 6,0 und bei letzteren eine solche von 6,5 Geburten und Aborten. Meine Berechnung ergiebt ein entgegengesetztes Resultat: die Durchschnittszahl der Geburten der an Portiokarcinom Erkrankten beträgt 6,8, davon 1,0 Aborte. Darunter sind 2 einmal Geschwängerte. Die mit Cervixkarcinom Behafteten ergaben 6,2 Schwangerschaften, davon 1,0 Aborte und 5 nur einmal Geschwängerte. Nach meinen Zahlen haben also die an Cervixkarcinom Erkrankten eine geringere Anzahl von Schwangerschaften, als die der an Portiokarcinom Erkrankten.

6 Fälle waren unter meinen Kranken, die kurz nach oder während einer Schwangerschaft zur Beobachtung kamen. Eine Patientin, bei der schon 4—6 Wochen vor der Entbindung eine unregelmässige Blutung stattgefunden hatte, kam 2 Monate nach der Entbindung als vollkommen inoperabel in die Klinik. Die Symptome waren nach der Entbindung ausserordentlich heftig aufgetreten. — Eine zweite war während ihrer Gravidität ganz gesund, nach dem Partus aber stellte sich bald rapid zunehmender und äusserst übelriechender Ausfluss ein, der Patientin 10 Wochen nach der Entbindung in die Klinik führte, wo zwar die Portio schon sehr zerstört gefunden, aber bei noch gänzlich freien Parametrien die Totalexstirpation vorgenommen wurde. — Die dritte Patientin war einen Monat gravida, als sich Ausfluss einstellte. Ausfluss wurde bald blutig und übelriechend. Nach 3 Monaten ging sie in die Klinik und konnte auch hier, nachdem der Abort spontan erfolgt war, bei zwar schon äusserst starken lokalen Veränderungen der Portio aber bei freiem Beckenbindegewebe die Operation eingeleitet werden. — Der vierte Fall betrifft eine Kranke, die ca. zehn Wochen nach der letzten Entbindung Ausfluss bekam, der stärker und stärker wurde. Patientin liess sich aber nur von der Hebeamme behandeln. Erst nach 9 Monaten kam sie als gänzlich inoperabel in ärztliche Hände. Über die Geburt giebt die Kranke an, dass sie gegen die früheren ausserordentlich lange gedauert und dass sich nach derselben starke Schwäche eingestellt habe. Man muss hier also bereits eine Erkrankung zur Zeit der vor

9 Monaten stattgehabten Entbindung annehmen, also etwa eine einjährige Dauer des Leidens. — Die nächste Kranke ist am 16. Juni 1889 zuletzt entbunden worden. Erst 5 Monate danach bekommt sie Ausfluss, später Blutung, Kreuzschmerzen und Mattigkeit. Das papillöse Kankroid ist nur wenig auf die Scheide fortgeschritten; es kann also an ihr noch die Totalexstirpation vorgenommen werden. — Die letzte Kranke ist zuletzt vor 9 Monaten entbunden. Sie bemerkt erst seit einem Monat fleischwasserfarbigen Ausfluss, Verstärkung der Regel und zunehmende Schwäche. Auch hier zeigt das Karcinom erst wenige Fortschritte.

Vor allem die beiden ersten Fälle bieten einen Beweis für die von Hofmeier angenommene ausserordentliche Bösartigkeit des Uteruskarcinoms im Wochenbett oder innerhalb der ersten Monate nach dem Puerperium, „es scheint mir gerade hier einen ausserordentlich malignen Verlauf zu haben, da ich wiederholt bald nach einer ganz normal verlaufenen Geburt hochgradig fortgeschrittene Zerstörungen fand.“ Doch scheint, wie die letzten Fälle beweisen, diese besondere Bösartigkeit nur in den ersten Monaten vorhanden zu sein.

Ich komme nun zu der eigentlichen Aufzählung meiner verschiedenen Fälle unter besonderer Berücksichtigung obengenannter Fragen. Ich beginne mit den 31 Portiokarcinomen, von diesen sind es 12, bei welchen die Krankeu zuerst wässerigen Ausfluss bemerkt haben. Von diesen sind 9 operabel. Anatomisch zerfallen die 11 in 2 flache Kankroide, 8 papillöse Kankroide und 2 Karcinome.

Von den beiden flachen Kankroiden kam das eine einen Monat, das andere 4 Monate nach dem ersten Symptom, nämlich dem Ausfluss, zur Beobachtung. Bei ersterem war noch völliges Wohlbefinden, es hatte sich noch kein anderes Symptom eingestellt. Es betraf eine 52 Jahre alte Frau, die 4 Jahre in der Menopause stand und seit $1^1/_2$ Monat wegen Gonorrhoe — Gonokokken waren deutlich mikroskopisch nachgewiesen — mit Sublimat-Auspinselungen der Scheide und des Cervix in der Poliklinik behandelt wurde. Der Frau fiel nun auf, dass der Ausfluss immer mehr und mehr wässerig und vor allem sehr reichlich wurde, und als der behandelnde Arzt beim Betupfen der Portio mit einem Wattebausch eines Tags eine ausserordentlich leicht blutende Erosion entdeckte, entschloss man sich zur Probeexcision; und es gelang so leicht, mikroskopisch die Diagnose auf Kankroid zu stellen. Man entschied sich hier, wo man es offenbar mit einer erst soeben beginnenden Erkrankung zu thun hatte, für die supravaginale Amputation.

Die zweite Kranke betraf eine erst 37 Jahre alte Patientin, die schon 3—4 Monate über starken wässerigen Ausfluss klagte, ausserdem in den letzten Wochen verstärkte Regel und öfters Verlust einiger Tropfen Bluts bemerkt hatte. Wegen dieser Blutungen ging Patientin zum Arzt. Auch hier handelte es sich um ein Karcinom im allerersten Anfangsstadium. Nur die vordere Lippe war ganz wenig zerfallen, Recidive waren sonst nirgends zu bemerken. Man entschloss sich zur Totalexstirpation.

Vergleichen wir diese beiden offenbar sehr ähnlichen Fälle, so geht daraus hervor, dass das Wachstum bei diesen flachen Kankroiden ein ziemlich langsames sein kann; denn obwohl bei beiden Kranken die Zeit der Symptome verschieden lang ist, sind die Erkrankungen doch fast gleich wenig weit ausgedehnt.

Von den auch mit Ausfluss beginnenden papillösen Kankroiden sind 2 inoperabel. Das erste betrifft eine 64jährige Frau, die vor 9 Monaten zuerst Ausfluss bemerkte. Drei Monate später wurde der Ausfluss fleischwasserfarbig, in letzter Zeit oft Blutung und Ausfluss sehr übelriechend. Erst der spontanen Blutungen wegen ging Patientin zum Arzt und war jetzt bei starker Körperabnahme gänzlich inoperabel. Etwas anders liegt es bei der zweiten 45jährigen Kranken, die noch bis vor vier Monaten regelmässig menstruiert war. Hier litt Patientin bereits längere Jahre an Weissfluss. Erst vor 4 Monaten will Patientin bemerkt haben, dass der Ausfluss mehr wässerig wurde, bald auch übelriechend und von spontanen starken Blutungen unterbrochen; auch hier fand sich schon Körperabnahme und Mattigkeit. Als Patientin jetzt nach 4 Monaten in die Klinik kam, war sie gänzlich inoperabel. Man muss hier mit Sicherheit annehmen, dass der Beginn der Symptome weit früher, aber wegen des lange bestehenden Ausflusses nicht deutlich anfänglich begrenzt ist.

Von den 6 operablen papillösen Kankroiden kam eins bereits nach einem Monat in ärztliche Behandlung. Es zeigten sich hier beide Lippen der Portio hühnereigross verdickt, die sehr leicht bluteten; auch die Parametrien waren beiderseits etwas verdickt, aber ohne Knötchen. Die Kranke klagte auch schon über Schwäche im Kreuz und Schmerzen. — Zwei kamen 4 Monate, nachdem sie den ersten wässerigen Ausfluss bemerkt hatten, bei beiden hatten in letzter Zeit bereits mehrfach stärkere Blutungen stattgefunden, ferner hatte sich bei ihnen auch schon Abmagerung und Schwäche eingestellt. Bei der einen zeigten sich beide

Lippen, bei der andern nur eine blumenkohlartig verdickt. Auch zeigten sich bei der ersten, einer 31jährigen Frau, die erst 9 Monate vorher entbunden war, in den Parametrien leichte Anschwellungen. Man entschloss sich aber trotzdem zur Operation, da der Uterus im ganzen noch gut beweglich war. — Dann folgt noch die vierte und fünfte Patientin, die 51 und 57 Jahre alt sind und bereits längere Zeit in der Menopause stehen, von denen die eine und zwar jüngere schon seit 8 Monaten, während die andere schon seit 11 Monaten Symptome angiebt. Dafür, dass das Karcinom doch noch trotz der langen Dauer der Symptome operabel ist, könnte man vielleicht einen Grund in dem Alter und der jahrelangen Menopause sehen, indem doch jedenfalls bei einer jungen und noch menstruierten Frau das Beckenbindegewebe succulenter, aufgelockerter und mit entwickelteren Lymphgefässen versehen ist, als bei einer alten nicht mehr menstruierten Frau, gerade so wie es bei einer Puerpera wieder aufgelockerter ist, als bei einer Nicht-Puerpera. — Interessant ist schliesslich noch die sechste hierhergehörige Kranke, die wegen seit 5 Jahren bestehender Elephantiasis vulvae in die Poliklinik kommt. Es ist das eine 43jährige Frau, die stets regelmässig menstruiert war und auch auf nachdrückliches Befragen nach Blutung, Ausfluss etc. jedes Symptom verneinte. Der Befund ergab eine in einen Tumor verwandelte Portio. Die Neubildung, die also ganz zufällig, zum Glücke der Patientin, gefunden wurde, griff sogar schon auf die Scheidenschleimhaut über, während die Parametrien vollkommen frei waren.

Auffallend ist bei den papillösen Kankroiden, dass sie schon kurz nach den ersten Symptomen ausserordentlich grosse lokale Veränderungen aufweisen, also anders gesagt, dass die Symptome, auch der Ausfluss, vor allem gegenüber den flachen Kankroiden, unverhältnismässig spät beginnen. Dass aber ihr Wachstum, vor allem die Zerstörungen in die Tiefe langsamer fortschreiten als das flache Kankroid, so dass sie auch noch operabel sind, nachdem die Symptome schon wieder einige Monate gedauert haben. Es stimmt dies mit der Ansicht Gusserows überein, welcher beim Besprechen der kankroiden Papillärgeschwülste sagt: „so entstehen ebenfalls die ausgedehntesten kankroiden Zerstörungen, nur vielleicht etwas langsamer als bei der eben beschriebenen Form“, nämlich dem flachen Kankroid.

Es bleiben jetzt also noch die 2 karcinomatösen Neubildungen der Portio über, die mit Ausfluss begonnen haben, von denen das erste operabel, das zweite inoperabel ist. Ersteres

betrifft wieder eine ältere 61jährige Frau, die seit 17 Jahren in der Menopause steht. Diese klagt seit 7 Monaten über wässerigen Ausfluss, der nach einigen Monaten blutig wurde. Patientin hatte nie über eine stärkere Blutung, Schmerzen oder Körperabnahme zu klagen und sah sehr gut genährt aus. Da sich nirgends irgendwelche Metastasen zeigten, wurde die Totalexstirpation vorgenommen. — Die zweite Patientin ist eine 47jährige Person, die sich erst drei Jahre in der Menopause befindet. Auch sie bemerkte schon vor 7 Monaten wässerigen Ausfluss, der nach einigen Monaten blutig und übelriechend wurde. In den letzten Wochen leidet Patientin an starken Kreuzschmerzen und grosser Schwäche und Körperabnahme. Sie ist, da sich in beiden Parametrien Knötchen befinden, inoperabel.

Bei diesen beiden Fällen ist vielleicht nur zu bemerken, dass wieder die ältere Kranke, siehe oben, mit der gleichen Zeit der Symptome noch operabel ist, während es die jüngere nicht mehr ist.

Wir kommen nun zu der grösseren Zahl der Portiokarcinome, welche mit einer Blutung ihre Symptome beginnen; es sind im ganzen 15 Kranke.

Es ist zunächst eine Kranke bei der das Karcinom derartig fortgeschritten ist, dass ich mich für keine der Formen entscheiden kann. Es betrifft das eine 41jährige Frau, die vor $1^1/_2$ Jahren Verstärkung der Regel bemerkte, bald darauf wässerigen Ausfluss bekam, der bald eitrig und übelriechend wurde. Seit 3 Monaten blutet Patientin ununterbrochen stark und ist äusserst abgemagert. Patientin wird auf der septischen Station gebrannt und geätzt, erliegt aber schon am Tag darauf ihren Leiden.

Mit Blutung beginnen also 2 flache Kankroide. Die erste betrifft eine Frau im 48. Lebensjahre. Sie war bis vor $1^1/_2$ Jahren regelmässig menstruiert, seit der Zeit Regel sehr viel häufiger, im letzten halben Jahr fast alle 8 Tage; dazu trat in den letzten Wochen übelriechender Fleischwasserausfluss, starke Kreuzschmerzen und geringe Körperabnahme. Die Untersuchung ergiebt auf beiden Lippen verdächtige Erosionen, die rechts leicht auf die Scheide übergreifen. Nach Probeexcision wird mikroskopisch die Diagnose auf Karcinom gestellt und die Amputatio supravaginalis vorgenommen. — Die zweite Kranke ist 37 Jahre alt. Sie leidet seit 1 Jahr an Kohabitationsblutung, in letzter Zeit an wässerigem Ausfluss und geringer Schwäche und Körperabnahme. An der vordern Lippe zeigt sich eine verdickte ulcerierte Fläche, sonst erweist alles sich normal.

Hier fallen die ausserordentlich früh auftretenden Blutungen auf gegenüber den geringen Veränderungen.

Von den 5 papillösen Kankroiden sind 4 operabel. Eine 55jährige Frau, die seit 6 Jahren in der Menopause steht und stets gesund war, bekam vor 11 Monaten eine spontane Blutung, die mehrere Wochen anhielt. Dies wiederholte sich noch mehrmals. An Körperabnahme leidet Pat. nicht, sie sieht wohl aus. Portio ist ein breiter, stark zerklüfteter Bluhmenkohl. Obwohl im linken Ligament sich eine leichte Verdickung befindet, wird die Totalexstirpation bei der guten Ziehbarkeit des Uterus vorgenommen. — Die zweite Kranke ist 45 Jahre alt; regelmässig menstruiert und stets gesund. Seit 7 Monaten bemerkt sie Kohabitionsblutungen, denen sich Ausfluss und Körperabnahme anschliesst. Die Portio stellt einen hühnereigrossen auf der hintern Lippe leicht ulcerierten Tumor dar. — Die nächste Kranke ist erst 26 Jahre alt. Sie ist im 4. Monat gravida. Schon vor 6 Monaten bekam sie die Regel alle 14 Tage. Seit 3 Monaten wässeriger Ausfluss, der in letzter Zeit übelriechend ist. Geringe Abmagerung. Auf der vordern Lippe ein flacher Bluhmenkohl. Parametrien vollkommen frei. — Die letzte operable Kranke ist 46 Jahre alt, sie leidet seit Jahren an Weissfluss. Erst vor einem Monat bekam Patientin im Anschluss an die zur Zeit eintretende Regel eine starke Blutung. Auch hier greift der Tumor schon etwas auf die Scheide über, während die Parametrien ohne Knötchen sind.

Die inoperable Kranke ist 47 Jahre alt, noch stets regelmässig menstruiert. Seit 8 Monaten leidet sie an starken Blutungen, in letzter Zeit starke Körperabnahme.

Auch bei diesen 5 Fällen fällt wieder auf, dass die Blutungen in der Mehrzahl der Fälle sehr früh auftreten. Im allgemeinen sehen wir auch hier das langsame Wachstum des papillösen Kankroids. Der letzte inoperable Fall ist insofern interressant, als er nur nach 8 Monate dauernden Symptomen inoperabel ist, während doch der erste von den operablen auch nach sogar 11 Monaten noch Möglichkeit zur Operation bietet. Es ist auch hier wieder die Frau mit den günstigeren Chancen die an Jahren ältere und bereits in der Menopause befindliche.

Wir kommen jetzt zu den Karcinomen. Es sind deren 7, davon 2 operabel. Das erste zeigt sich bei einer 39 jährigen, früher immer gesunden Kranken. Sie bemerkt seit 5 Monaten ein Stärkerwerden der Regel und seit 4 Monaten Kohabitationsblutungen. Sie klagt weder über Schmerzen noch Körperabnahme. Portio ist ein gänseeigrosser Tumor, besonders auf der hintern

Lippe ulceriert. Die Parametrien zeigen keine Knötchen. — Die zweite Kranke ist 44 Jahre alt. Sie beobachtet seit 15 Monaten ein Stärkerwerden der Regel, danach Ausfluss, spontane Blutungen, Körperabnahme. Portio ist kleinhandtellergross, leicht blutend, aber sehr hartknollig. Parametrien erweisen sich als völlig frei.

Die 5 inoperablen Fälle sind Frauen von 57, 64, 43, 47 und 43 Jahren. Zwei sind darunter, die schon seit 24 und 15 Monaten Erscheinungen haben. Sie sind gänzlich inoperabel. Ferner ist eine, die seit 9 Monaten die Regel äusserst verstärkt bemerkt. Seit 5 Monaten leidet sie an starken Schmerzen im Kreuz, so dass sie deswegen in die Poliklinik kommt. Die Portio ist sehr verdickt, äusserst fest und hart. Beide Parametrien sind mit derben Knoten infiltriert. Wir haben es hier mit einem jener ganz besonders harten Karcinome zu thun, deren Wachstum ein äusserst rasches zu sein scheint. Ebenso liegt es mit den beiden nächsten Kranken, die auch schon nach erst 5 monatlichen Blutungssymptomen im ganzen Beckenbindegewebe brettharte Knötchen aufweisen.

Diese Fälle leiten am besten zu denen über, welche überhaupt ihre Symptome mit den Schmerzen beginnen, oder bei denen doch wenigstens die Schmerzhaftigkeit das Hauptsymptom bildet. Die erste Kranke ist 41 Jahre alt. Sie ist ganz normal menstruiert, hat keinen Ausfluss, keine Blutung, aber geringe Körperabnahme. Seit 6 Monaten leidet sie dagegen an erschreckend starken ziehenden Kreuz- und Unterleibsschmerzen, die immer heftiger auftreten. Portio ist ein flacher, sehr harter Tumor, der mit harten Infiltrationen auf die Scheide übergeht. Im Douglas und in den Parametrien überall harte Knollen. — Die beiden nächsten Kranken (66 und 72 Jahre alt) leiden seit 14 resp. 12 Monaten an diesen Schmerzen, erst nach und nach stellen sich auch die anderen Symptome ein. Bei beiden finden sich brettharte dicke Infiltrationen im Beckenbindegewebe; bei der einen führt ein thalergrosses Loch mit harten Rändern direkt von der Scheide in die Blase.

Sodann noch eine 53 jährige Kranke, die seit 9 Monaten über starke ziehende Unterleibsschmerzen, besonders Druck auf den Mastdarm klagt. Auch hier reihen sich erst später die anderen Symptome an. Die Untersuchung ergiebt eine äusserst harte Karcinomhöhle, dicke harte Tumoren in den Parametrien und eine Blasenscheidenfistel.

Der Verlauf dieser 31 Portiokarcinome bestätigt also im allgemeinen folgendes von Schröder in seinem Lehrbuch über die

Symptome des Krebses des Uterushalses Gesagte: „Nur bei dem oberflächlichen Kankroid tritt schon früh Blennorrhoe, mitunter auch Blutung auf, bei den anderen Formen des Krebses aber ist der Ausfluss anfänglich ganz gering", es sind hier allerdings unter meinen Fällen eine ganze Reihe, bei denen die Blutung unverhältnismässig früh aufgetreten ist. „Alsdann erscheint eine reichliche Blennorrhoe und Metrorrhagieen. Die letzteren treten anfangs nur als Verstärkung der normalen Menstruation auf, später aber ausser dieser Zeit (nicht selten ist das erste Zeichen, welches bemerkt wird, Blutabgang nach dem Coitus)". Auch letzteres zeigt sich bei meinen Kranken nicht: ich habe nicht versäumt jede Einzelne danach zu fragen und habe es doch nur bei einer verschwindenden Anzahl als Symptom erwähnt bekommen. „Die Blutungen können, besonders bei den skirrhösen Formen, ganz fehlen". „Heftigere Schmerzen treten besonders dann auf, wenn die Infiltration auf das Beckenbindegewebe übergegangen ist, und zwar der Regel nach um so stärker, je grösser und besonders je härter die Wucherungen sind". Doch beweisen meine Beobachtungen, dass sehr oft Kranke noch operabel sind, wenn sie auch schon an Schmerzen leiden. Ob sodann die Abmagerung immer nur eine Folge der Blutung ist, ist zum mindesten fraglich. Klagen doch schon eine ganze Reihe von Patientinnen über Abmagerung und Schwäche, wenn von starken Blutungen oder auch nur starken Ausfluss noch nicht die Rede ist. Ich will hierbei nur an die letzten skirrhösen Formen erinnern. Im übrigen erläutern sich die Symptome bei den einzelnen Fällen von selbst. Nur möchte ich zum Schluss noch einmal an die Kranken erinnern, bei denen zwei ganz beginnende Karcinome in der Poliklinik vermittelst des Mikroskops diagnosticiert wurden.

Wir kommen also jetzt zu den 34 von mir beobachteten Cervixkarcinomen. Auch diese werde ich in derselben Weise nach ihren ersten Symptomen und nach ihrer anatomischen Eigentümlichkeit anordnen.

Es sind zunächst von 13 Kranken, die als erstes Symptom Ausfluss angeben 7 Kankroide, von welchen 2 operabel sind. Es sind beides jugendliche Frauen, die eine 28 Jahre, die zweite 36 Jahre alt. Die erstere war früher stets gesund, bemerkte erst vor 4 Monaten gelblich dicken Ausfluss; kurz danach trat die Regel häufiger und stärker auf; in den letzten drei Wochen war der Ausfluss stark übelriechend, mitunter blutig, ferner stellte sich auch Abmagerung ein. Bei der Untersuchung zeigt sich die Portio als dicker Tumor, der Cervicalkanal hat unregel-

mässig fetzige Wandungen. Obwohl das linke Parametrium sich schon etwas verdickt, wenn auch frei von Knötchen anfühlt, beschliesst man die Totalexstirpation. — Bei der zweiten Kranken bestand schon seit 7 Monaten wässeriger Ausfluss, sonst absolutes Wohlbefinden. Regel war ganz normal bis vor 3 Monaten. Seit der Zeit ist Pat. gravida. Vor einem Monat bemerkte Pat. eine Blutung nach der Kohabitation. Der Ausfluss wurde stärker und äusserst ätzend. Abmagerung wurde nicht bemerkt. Auch hier findet sich bei der Untersuchung neben dem klaffenden und mit Wucherungen besetzten Cervix im linken Parametrium ein ca. gänsekieldicker Strang, wenn auch ohne Knötchen.

Die 5 inoperablen Fälle zeigen folgenden Verlauf. Eine 46jährige Frau, die sich seit 4 Jahren in der Menopause befindet, leidet seit 13 Monaten an starkem milchigen Ausfluss, der später oft blutig und übelriechend ist. Vor 14 Tagen bekam Patientin eine starke spontane Blutung, seit der Zeit Schmerzen im Kreuz und in beiden Seiten und starke Schwäche. Cervix stellt eine grosse Höhle mit reichlichen weichen Massen dar. In den Parametrien derbe, höckerige Stränge. — Die zweite Kranke steht wieder im Anschluss an ein Puerperium. Sie ist genau vor 1 Jahr entbunden; schon damals will ihr und der Hebeamme aufgefallen sein, wie protrahiert diese Entbindung gegenüber den 5 vorausgehenden gewesen ist. — Die Hebeamme will aber bei ihrer Untersuchung nichts besonderes bemerkt haben. Im Wochenbett bestand grosse Schwäche, 5 Wochen danach, also vor 10 Monaten, begann wässeriger Ausfluss, dem bald Kohabitationsblutung, starke spontane Blutungen, äusserste Körperabnahme und Schwäche folgte. Die ganze Portio fehlt, Cervix mit karcinomatösen Wucherungen ausgefüllt. Rechtes Parametrium scheint frei, linkes verdickt, aber ohne Knötchen. Trotzdem entschliesst man sich wegen der grossen Schwäche der erst 36 Jahre alten Patientin nicht zur Operation. — Eine 48jährige noch regelmässig menstruierte Frau leidet seit längeren Jahren an Weissfluss, der seit 9 Monaten reichlicher und mehr wässerig ist. 2 Monate darauf treten starke Schmerzen in der linken Seite auf, denen sich nach einer Untersuchung häufig spontane Blutungen anschliessen. Ausfluss wird in den letzten Wochen sehr übelriechend. Äusserste Abmagerung und Mattigkeit. Man gelangt durch den äusseren Muttermund in eine faustgrosse Höhle, die sich weit in den Uteruskörper hinauf erstreckt. In beiden Parametrien befinden sich grosshöckerige harte Stränge. — Die vierte Kranke klagt erst seit 7 Monaten über wässerigen Ausfluss. Sie ist 43 Jahre alt und noch menstruiert. Seit 3 Monaten

ist die Regel anteponierend und stärker, ferner bestehen äusserst starke Kreuz- und Leibschmerzen und Ödem des rechten Beins. Obgleich keine einzige stärkere spontane Blutung stattgefunden hat, sondern nur ein leicht blutig gefärbter, sehr übelriechender Ausfluss besteht, zeigt sich dennoch grosse Abmagerung und Schwäche. Cervix ist bis zum Orificium internum ulceriert, es zeigen sich besonders im rechten Parametrium 2 faustgrosse brettharte Tumormassen. — Die letzte Kranke ist 73 Jahre alt. Sie klagt sogar erst seit $^1/_2$ Jahr über wässerigen Ausfluss; derselbe wird später blutig. Es bestehen gar keine Schmerzen, aber grosse Schwäche. Der Finger dringt in eine grosse Höhle, eine genauere Untersuchung ist nicht möglich.

Fast alle 7 Fälle bieten äusserst typische Belege für den Symptomenkomplex bei Cervixkankroid.

Von den 6 Cervixkarcinomen ist 1 operabel. Es betrifft dies eine erst 28jährige Frau, die vor 10 Wochen entbunden ist. Die Schwangerschaft war normal, ohne jede Störung verlaufen; die Geburt dauerte zwar länger als die vorausgegangene, aber Patientin fühlte sich danach wieder ganz wohl, bemerkte auch keine besondere Schwäche. Die Hebeamme giebt an, dass sie nichts Besonderes bei ihren Untersuchungen bemerkt habe. Es stellte sich der normale Wochenfluss ein, der aber nicht aufhörte. Er besteht nicht nur fort, sondern er wird immer stärker und schliesslich übelriechend. Zugleich treten in letzter Zeit Kreuzschmerzen und grosse Mattigkeit ein. Bei der Untersuchung zeigt sich ein kleinapfelgrosser Tumor, der sich auf die hintere Lippe beschränkt und aus einem Cervixknoten durchgebrochen zu sein scheint. Parametrien erweisen sich als gänzlich frei.

Hier haben wir es wohl mit einem Karcinom zu thun, das, wie Schröder sagt, „erst zur Kognition des Arztes kommt, wenn das Karcinom aufgebrochen ist, wenn also das Krebsgeschwür sich gebildet hat“. Aber es scheint mir sehr zu beachten zu sein, dass dieses erste deutliche und die Frauen am meisten entsetzende Symptom doch schon zu einer Zeit auftritt, wo noch keine Recidive in den Parametrien sich finden. Bei diesem Falle halte ich es für um so deutlicher, als es sich um eine Puerpera der ersten Wochen handelt, bei der wir nach den bisherigen Erfahrungen sogar ein besonders rasches Wachstum in das Beckenbindegewebe voraussetzen müssen.

Es folgen jetzt die 5 inoperablen Karcinome, die auch Ausfluss als erstes Symptom hervorrufen. Zunächst ist es noch eine jugendliche Frau von 28 Jahren, die seit 6 Jahren an

Dysmenorrhoe und Fluor leidet. Sie will schon seit 12 Monaten stärkeren und mehr wässerigen Ausfluss bemerkt haben; bald folgten Blutung, in letzter Zeit auch übelriechender Ausfluss und Körperabnahme. Pat. ging schon nach 3 Monaten nach der ersten Blutung zu einem Arzt. Hier wurde die Diagnose gestellt und ihr eine Operation vorgeschlagen, Patientin entzog sich aber derselben und kommt erst jetzt als gänzlich inoperabel in die Poliklinik. — Die zweite Kranke ist eine 44jährige noch menstruierte Frau. Sie klagt erst seit 4 Monaten über Ausfluss, der in den letzten Wochen stark blutig und übelriechend ist; öfters spontane starke Blutungen, nur leichte Kreuzschmerzen. Im Cervix zahlreiche ulcerierte Knötchen, beide Parametrien stellen hartknollige Stränge dar. — Dann handelt es sich noch um drei Frauen, die schon sehr viel älter und seit Jahren in der Menopause sind. Bei der einen 54jährigen sind 4, bei der zweiten 59jährigen 7 und bei der dritten 60jährigen schon 11 Monate seit dem Beginn des Ausflusses vergangen. Bei allen folgen sich die üblichen Symptome, blutiger, übelriechender Ausfluss, Körperabnahme, Schwäche und mehr oder minder starke Kreuzschmerzen. Zwei Patientinnen haben stark ulcerierte und zerfetzte, zum Teil mit Knötchen besetzte Cervixschleimhaut, aber auch zahlreiche Knötchen im Beckenbindegewebe. Bei der dritten, die schon seit 11 Monaten über Ausfluss klagt, ist es noch nicht einmal zum Krebsgeschwür gekommen, man fühlt überall noch über den Knötchen intakte Schleimhaut. Doch fühlen sich hier die Knötchen und auch beide knollig infiltrierten Parametrien äusserst hart an. Patientin leidet auch seit 3 Monaten an stetig steigenden Schmerzen im Kreuz, so dass also wohl kein Zweifel darüber bestehen kann, dass wir es wieder mit einer skirrhösen Form zu thun haben, die ja, wie schon oben gezeigt wurde, äusserst rasch wächst, ohne früh deutliche Symptome zu machen.

Es folgen 21 Erkrankungen des Cervix, die mit irgend welcher Blutung begonnen haben, davon zeigen wieder 12 die kankroide Form, von denen 3 operabel sind. Eine Patientin ist 42 Jahre alt und seit längerer Zeit dysmenorrhoisch. Vor 12 Monaten wird Kohabitationsblutung bemerkt, dem sich später Ausfluss, Kreuzschmerzen und Körperabnahme anschliesst. Die Untersuchung ergiebt einen hochgradig zerstörten Cervix, auch die Paramatrien sind beiderseits verdickt, aber frei von Knötchen, daher wird die Totalexstirpation dennoch vorgenommen. — Auch die zweite Kranke, die 45 Jahre alt ist, leidet seit mehreren Jahren an starken Blutungen. Erst vor 4 Wochen will sie eine

noch bedeutend verstärktere Regel, dazu Abmagerung und Kreuzschmerzen bemerkt haben. Auch hier erweist sich das linke Parametrium schon etwas verdickt. Patientin sieht jedoch noch so wohl und kräftig aus, dass die Operation trotzdem vorgenommen wird. — Die dritte Operable ist eine 49 jährige Frau, die auch seit $1^1/_2$ Jahren an unregelmässigen Blutungen leidet. Seit $^3/_4$ Jahren besteht beständige leichte Blutung. Sonst fühlt sich Patientin wohl, es bestehen weder Schmerzen noch Abmagerung. Portio stellt einen hühnereigrossen, stark ulcerierten Blumenkohl dar, der leicht bröckelt und blutet. Das linke Parametrium fühlt sich etwas verkürzt an. — Bei diesen Frauen ist, da sie alle wahrscheinlich infolge der Wechseljahre an unregelmässigen Blutungen schon seit längerer Zeit leiden, die ungefähre Dauer ihrer Erkrankung nicht deutlich zu bestimmen. Jedenfalls scheint sie bei dem ersten Fall, wie mir die Kohabitationsblutung angiebt, ziemlich weit zurückzuliegen. Sodann muss es auffallen, dass trotz der hochgradigsten Blutungen bei allen drei Frauen die Abmagerung eine so geringe oder gar gänzlich fehlende ist. Es spricht das wieder dafür, dass die Krebskachexie nicht nur eine Folge des Blutverlustes ist.

Die 9 inoperablen Kranken verhalten sich folgendermassen. Eine Kranke, 63 Jahre alt und seit 16 Jahren in der Menopause, leidet seit 3 Monaten an blutigem Ausfluss, der allmählich stärker wird. Es kommen in letzter Zeit zwar gar keine Schmerzen, aber starke Körperabnahme hinzu. Bei der Untersuchung zeigt sich die Scheide von einem gut apfelgrossen Tumor von blumenkohlartiger Oberfläche und harter Konsistenz ausgefüllt. Beide Parametrien und der Douglas sind dick und knollig infiltriert. — Es folgen 2 Kranke, bei denen Symptome seit 4 Monaten bestehen, die eine ist 59 Jahre, die andere 37 Jahre alt. Bei letzterer beginnen die Symptome während einer Gravidität. Die Entbindung fand vor 2 Monaten statt; aber schon vor derselben kam es 4 und 6 Wochen vorher zweimal zu starken spontanen Blutungen, so dass die Hebeamme an eine Frühgeburt dachte. Nach der normalen, nur etwas verzögerten Geburt begann bei grosser Schwäche starker Ausfluss. Im linken stark verdickten Parametrium befindet sich ein kirschkerngrosser Karcinomknoten. Bei der 59 jährigen begannen die Symptome mit blutigem Ausfluss, erst seit 8 Tagen bestehen auch spontane Blutungen. Die Portio zeigt an der linken Seite eine bohnengrosse Rauhigkeit, die sich auf das Scheidengewölbe fortsetzt. Der Cervix hat bis zum innern Muttermund hin rauhe Wandungen, besonders rechts. Ausserdem finden sich im linken

Parametrium zahlreiche kleine Knötchen. — Die nächste Kranke klagt seit 5 Monaten über starke spontane Blutungen. Sie ist 62 Jahre alt und seit 12 Jahren in der Menopause. Hier finden sich im Cervikalkanal schon stark zerfetzte und ulcerierte Massen. Verdickungen sind im Beckenbindegewebe ohne Narkose nicht nachzuweisen, Patientin entzieht sich aber derselben. Immerhin ist hier eine Operabilität bei der geringen Körperabnahme nicht ganz ausgeschlossen gewesen. — Zwei Patientinnen, die beide 52 Jahre alt und seit 2 Jahren nicht mehr menstruiert sind, klagen seit 6 Monaten über Blutungen. Die erste leidet seit ihrer Menopause an Fluor. Vor 6 Monaten tritt eine starke Blutung ein, dem sich Fleischwasserausfluss und seit 3 Monaten auch starke Kreuzschmerzen anschliessen. Es findet sich an Stelle der Portio ein 5 Markstückgrosser Wall mit hart infiltrierten, scharf nach innen abfallenden Rändern. Der Geschwürskrater führt bis zum innern Muttermund. Das rechte Parametrium ist bis zur Beckenwand verdickt und hart. Die zweite 52 jährige Frau bekam vor 6 Monaten eine Kohabitationsblutung, danach blutiger Ausfluss und Körperabnahme. Die hintere Lippe ist bis zum innern Muttermund stark ulceriert. Das linke Parametrium ist verdickt und mit Knötchen durchsetzt. — Eine 47 Jahre alte Frau giebt ihre Symptome seit 8 Monaten bestehend an. Da bekam sie öfters Blutungen mit kurzen Unterbrechungen, später Schmerzen im Kreuz, Körperabnahme und Mattigkeit. Portio stellt einen Tumor mit rauher Oberfläche dar. Cervix ist äusserst rauh. Rechte Plica Douglasii ist verdickt und starr. Parametrien erscheinen frei. — Die nächste Patientin bekommt seit 9 Monaten nach jeder Kohabitation Blutung. Erst seit 3 Wochen besteht auch wässeriger Ausfluss; es folgen spontane Blutung, Mattigkeit und Abmagerung. Portio ist durch karzinomatöse Massen zerstört bis hoch in den Cervix. Beide Parametrien sind verdickt und mit Knötchen infiltriert. — Die letzte hierhergehörige Patientin zeigt schon eine sehr weit vorgeschrittene Erkrankung. Sie ist 44 Jahre alt und hat vor $2^1/_2$ Jahren zuletzt normal geboren. Seit 18 Monaten bemerkt sie eine anteponierende und verstärkte Regel, später auch wässerigen Ausfluss. Erst seit 6 Monaten erscheinen spontane Blutungen und Körperabnahme. Schmerzen haben nie bestanden. Hier bildet der Cervix eine grosse Höhle mit leicht zerdrückbaren weichen Massen. In beiden Parametrien dicke hartknollige Stränge, Douglasfalten hart und höckerig, ausserdem ist die Blasenwand nur noch äusserst wenig verschieblich.

Aus diesen Fällen, bei denen es sich auffallender Weise

fast um ziemlich gleichalterige Frauen handelt, — wenigstens befinden sich beinahe alle in den Wechseljahren — kann man einigermassen deutlich sehen, wie das Karcinom unter diesen gleichen Verhältnissen auch wirklich mit der längeren Dauer der Symptome gleichmässig Fortschritte macht. Ich möchte das wieder als einen Beweis dafür ansehen, dass für das Wachstum des Karcinoms Alter und Menstruationsjahre oder Klimakterium einen bestimmenden Einfluss haben.

Jetzt sind noch 9 Cervixkarcinome auszuführen, die auch mit Blutung ihre Symptome beginnen. Operabel sind von ihnen drei. Zunächt ist eine 54 jährige Frau, bei der eine bestimmte Zeit der Symptome nicht gut berechnet werden kann. Patientin hat seit ihrem 50. Jahr sehr unregelmässige Regeln, sie bleiben oft für Monate aus. Auch hier haben wir es also mit den Wechseljahren zu thun. Seit einem Jahr tritt die Regel wieder häufiger ein. Seit $^1/_4$ Jahr ist eine dauernde Blutung, oft fleischwasserartig, vorhanden. Die Patientin hat weder jemals Kohabitationsblutung, noch Schmerzen und Körperabnahme bemerkt. Bei der Untersuchung ergiebt sich an Stelle der Portio ein dicker karcinomatöser Tumor, die Zerstörung reicht bis zum innern Muttermund. Das rechte Parametrium erweist sich als frei, das linke ist unten diffus verdickt, auch sind mehrere isolierte bohnengrosse Knötchen zu fühlen. Da der Uterus sich aber trotzdem noch gut ziehen und bewegen lässt, so wird die Totalexstirpation vorgenommen. Bei der Operation wird von der linksseitigen Infiltration so viel wie möglich entfernt. Patientin übersteht die Operation anfänglich schlecht, sie hat 2 Monate lang starkes Ödem des linken Beins und äusserst heftige Schmerzen. Sie kommt aber 6 Monate nach der Operation wieder zur Beobachtung, ohne dass neue Recidive nachzuweisen sind. Dagegen hat sie sich äusserst gekräftigt und erholt. — Die zweite Kranke leidet seit $1^1/_4$ Jahren an äusserst profusen Blutungen, nach dem sie vorher schon lange an Weissfluss gelitten hat. Sie ist 32 Jahre alt. Der Ausfluss war nie übelriechend, ebenso bestanden keine Schmerzen oder Körperabnahme. Hier zeigt sich die hintere Lippe in eine höckerige, nach vorn scharfkantig zulaufende Unebenheit verwandelt.. Die Parametrien sind frei. — Die letzte operable Patientin ist schon 72 Jahre alt, sie ist seit 18 Jahren in der Menopause. Vor 11 Monaten bekam sie eine starke eintägige spontane Blutung, der sich eiteriger, übelriechender, später oft rein blutiger Ausfluss anschloss. In dem letzten halben Jahr trat auch nach jeder Kohabitation Blutung ein. Schmerzen haben nie bestanden,

dagegen in letzter Zeit Körperabnahme. Die vordere Lippe zeigt sich wallnussgross, hinten durch Zerfall stark verkleinert. Parametrien und Douglas völlig frei.

Diesen 3 Operablen stelle ich noch 6 Inoperable gegenüber. Bemerkenswert ist eine Kranke, die auf das bestimmteste angiebt bis vor 3 Wochen ganz gesund gewesen zu sein. Erst da stellt sich blutig, wässeriger Ausfluss ein, dem bald spontane Blutungen folgten. Schmerzen haben nie bestanden, wohl aber in den letzten Wochen Abmagerung und Mattigkeit. Trotz dieser kurzen Zeit der Symptome haben wir es mit einem schon weit vorgeschrittenen Karcinom zu thun. Der Cervix ist weit geöffnet und mit harten leicht bröckelnden Knötchen besetzt. Die Neubildung zieht von der hintern Lippe auf die Scheide über. Beide Parametrien, besonders das linke, sind dick infiltriert. Zwei Kranke geben 4 Monate als die Zeit ihrer Symptome an. Die erste, 39 Jahre alt, bemerkt vor 4 Monaten eine stärkere Regel, später spontane Blutungen, übelriechenden Ausfluss, aber keine Schmerzen, dagegen starke Abmagerung und Schwäche. Portio ist ein handtellergrosser flacher Tumor mit rauher kleinhöckeriger Oberfläche. Der Cervix ist mit blutenden Massen ausgekleidet. Beide Parametrien sind dicke knollige Tumormassen bis zur Beckenwand. — Die andere Frau ist 49 Jahre alt, auch noch regelmässig menstruiert. Vor 4 Monaten schloss sich der normal eintretenden Regel eine mehrwöchentliche Blutung an. Schmerzen haben nie bestanden, wohl aber folgten Fleischwasserausfluss und Körperabnahme. In dem stark geblähten Cervix befinden sich leicht blutende, bröckelnde Massen. Das linke Parametrium ist stark verdickt, ausserdem fühlt man am Ramus horizontalis ossis pubis ein erbsengrosses hartes Knötchen. — Bei der nächsten 35 jährigen Patientin traten vor 6 Monaten Kohabitationsblutungen auf, denen erst vor 10 Wochen spontane Blutungen, Schmerzen und Körperabnahme folgten. Portio ist schon stark zerstört. Das Karcinom geht schon überall auf die Scheide über und auch die beiden Parametrien etc. sind stark verdickt. — Dann folgt noch eine Kranke, die 67 Jahre alt ist und seit 19 Jahren in der Menopause steht. Vor 13 Monaten erkrankte sie mit blutigem Ausfluss. Seit 4 Monaten klagt sie über starke Schmerzen im ganzen Leib, über spontane Blutungen und Abmagerung. Auch hier fehlt die Portio schon, der Cervix ist stark gebläht, und die Anhänge sind verdickt und derb. — Die letzte Kranke ist 55 Jahre alt, sie ist seit 4 Jahren amenorrhoisch seit dieser Zeit leidet sie an Weissfluss. Seit fast 2 Jahren will sie nach jeder Kohabi-

tation Blutung bekommen haben, seit $4^1/_2$ Monat blutet sie unaufhörlich. Seit 14 Tagen bestehen Kreuzschmerzen. Körperlich sieht Patientin sehr wohl aus, will auch selbst keine Abmagerung bemerkt haben. Hier geht der karcinomatöse bröckelige Tumor links auf das Scheidengewölbe über, im Cervix sind weiche Massen. Im linken Parametrium fühlt man deutlich zahlreiche Knötchen.

Insgesamt lässt sich über die Symptome des Cervixkarcinoms nichts Anderes sagen, als über die des Portiokrebses; sie sind ein und dieselben und bestätigen im wesentlichen die Beschreibung Schröders, wie ich sie oben bei den Portiokarcinomen angeführt habe. Kohabitationsblutung spielt allerdings auch hier eine nur unwesentliche Rolle; während Menorrhagieen, also Blutungen in irgendwelchem Zusammenhang mit der Regel ganz besonders in den Vordergrund treten.

Von allen 65 Fällen beweist nun ein ganz besonders grosser Teil, wie sehr es gerade während der Jahre, in denen sich die Frauen in den Wechseljahren befinden, Pflicht jedes Arztes ist, sich durch Untersuchung darüber aufzuklären, ob diese unregelmässigen Blutungen wirklich nur physiologisch sind, und nicht vielleicht doch durch ein schlimmeres Leiden hervorgerufen werden. Gerade in den Jahren, wo sich die Frauen selbst am leichtesten über solche Erscheinungen hinwegtäuschen, bedarf es der gewissenhaftesten und genauesten Aufmerksamkeit des behandelnden Arztes. Nur so wird es gelingen, gerade die grosse Zahl der Frauen, die sich in diesen Jahren befinden und die jetzt ein ganz besonders ungünstiges Kontingent für die Behandlung des Karcinoms stellen, auch herabzumindern und zu verkleinern. Es wird das um so leichter gelingen, als diese Menorrhagieen scheinbar äusserst früh auftreten — man könnte fast an eine dem Grundleiden vorausgehende Metritis oder Endometritis denken —; sollte nicht gerade hier einem gewissenhaften Beobachter die mikroskopische Diagnose die wichtigsten Aufschlüsse geben?

Zum Schluss möchte ich noch eine kurze Zusammenstellung machen über die ärztliche Diagnose, vor allem auch über die Zeit, welche seit den ersten Symptomen bis zum Erkennen der Krankheit verstrichen war. Denn es ist natürlich selbstverständlich, dass fast alle Kranken nicht direkt in die Beobachtung der Klinik gekommen sind, sondern dorthin erst aus zweiter Hand und vorher schon einmal stattgehabter Untersuchung gelangten.

Wann kamen also die Kranken zuerst in ärztliche Be-

handlung, d. h. wie viel Zeit liessen sie verstreichen, nachdem sie selbst durch die Symptome auf ihr Leiden aufmerksam gemacht waren? Welches specielle Symptom führte die Kranke zum Arzt, ich meine hierbei: welches neue Symptom, nachdem vorher schon andere bemerkt waren, ängstigte die Kranke derartig, dass sie sich zum Arzt zu gehen entschloss?

Von den 64 Kranken — die eine Patientin, die wegen Elephantiasis vulvae in die Poliklinik kam, und bei der nur zufällig ein Cervixkarcinom entdeckt wurde, kommt hier nicht in betracht — kamen zuerst in ärztliche Behandlung (ich füge diesen Zahlen gleich in Klammern die Zahl derjenigen Kranken hinzu, die von dem Arzte überhaupt nicht untersucht wurden):

7	gleich nach den ersten Symptomen		(5 nicht untersucht),	
6	nach	1 Monat	(2 nicht untersucht)	
6	„	3 „	(3 „ „	)
7	„	4 „		
8	„	5 „		
2	„	6 „		
1	„	7 „		
5	„	9 „		
2	„	10 „	(1 nicht untersucht)	
4	„	11 „	(1 „ „	)
6	„	12 „	(1 „ „	)
5	nach länger als 1 Jahr		(1 nicht untersucht).	

Was einem in dieser tabellarischen Übersicht nur zu deutlich vor Augen tritt, ist das ja längst bekannte Resultat, dass fast alle Kranken erst unverhältnismässig lange den Symptomen ihren Lauf lassen, ohne ärztliche Hilfe zuzuziehen. Es findet diese traurige Erscheinung einigermassen ihre Erklärung in der Scheu der Frauen vor einer gynäkologischen Untersuchung, ferner aber darin, dass die Mehrzahl der Frauen zur Zeit der Wechseljahre erkrankt und so krankhafte Erscheinungen für normal ansieht.

Ganz besonders auffallend ist aber die Zahl der unterbliebenen Untersuchungen. Dieselben sind wie ich vorausschicken will durchaus nicht nur Folge einer verkehrten Scham der Kranken. Wiederholt erhielt ich die Antwort: „ich wäre glücklich gewesen, wenn mich der Arzt untersucht hätte“, oder „ich habe ihn doch mehrmals gebeten mich zu untersuchen“, oder andere Ausdrücke, welche die Unzufriedenheit oder vielmehr Unsicher-

heit bezüglich der Behandlung des Arztes kennzeichnete, der ihnen Verordnungen machte, ohne sie gründlich zu untersuchen. Das deutlichste Zeichen aber, dass sie sich nicht sicher fühlten ist, dass sie über kurz oder lang zu einem andern Arzt oder direkt in die Klinik gingen. Dass es sich aber auch für die eine oder andere dieser Kranken, die ja auffälliger Weise in der Mehrzahl nach nur kurze Zeit bestehenden Symptomen in die Hände des Arztes kamen, um ein recht verhängnisvolles Versehen von Seiten des Arztes handeln konnte, geht daraus hervor, dass von diesen 17 Kranken doch noch 4 auch nach der durch den ersten Arzt hervorgerufenen Verzögerung einer Operation unterworfen werden konnten.

Zu diesen 17 überhaupt nicht untersuchten Patientinnen kommen dann noch 6, die zwar gleich untersucht wurden, bei denen aber keine genaue Diagnose gestellt wurde. Es sind 3, die sich auch nachher bei anderen Untersuchungen als inoperabel erwiesen, bei denen aber der erste Arzt nur innerlich Medizin (in einem Fall Secale) verschrieb. Es lässt sich also auch hier annehmen, dass das Leiden für etwas Anderes gehalten wurde als es in Wirklichkeit war. Noch deutlicher und ganz besonders interessant ist es aber bei den drei andern Fällen, bei denen es sich um Karcinom in den allerersten Anfangsstadien handelt, denn sie sind alle drei später, nachdem sie durch einen andern Arzt oder direkt durch die Poliklinik beobachtet waren, — bei der einen wurde in der Poliklinik nach Probeexcision aus der suspekten Erosion mit Mikroskop die Diagnose auf Kankroid leicht gestellt — noch zur Operation gekommen. Hier hatte der eine Arzt der Patientin, die sich direkt vor „Gebärmutterkrebs“ fürchtet, erklärt, der Ausfluss, dessentwegen Patientin käme, röche ja nicht übel; während ein anderer Arzt der zweiten Patientin sagte, es könne nichts Gefährliches sein, da sie noch viel zu jung wäre. Patientin war allerdings in den nicht direkt krebsgefährlichen Jahren, sie war erst 31 Jahre alt. Gewiss sind diese Fälle deutliche Beweise für die Worte von Hofmeier: „Mir scheint es im Interesse der Kranken nicht mehr zulässig, nachdem die Möglichkeit einer sichern Diagnosenstellung“ (durch das Mikroskop) „durch den Erfolg so glänzend bewiesen ist, an dieser Methode so stillschweigend oder indem man sie ohne das Gegenteil bewiesen zu haben, als ungenügend bezeichnet, vorüberzugehen. Uns hat sie vortreffliche Dienste gethan.“

Nach Symptomen, welche die Kranken zum Arzt führten, habe ich folgende Tabelle zusammenstellen können. Es kamen

wegen	Blutung	30
„	Schmerzen	13
„	Ausfluss	11
„	Ausfluss und Kräfteverlust	9
„	Pruritus vulvae	1

Wie ich diese Symptome meine, habe ich oben angeführt.

Aus der Zusammenstellung geht hervor, dass die Symptome, welche die Patientinnen am meisten beunruhigen und am ehesten zum Arzt führen, Blutung und Schmerzen sind. Auf mein Befragen, warum die Kranke nicht eher zum Arzt gegangen wäre erhielt ich öfters die Antwort: „ich hatte ja keine Schmerzen".

Ihren ersten Rat bei Hebeammen holten sich 9 Patientinnen, drei davon erkrankten im Anschluss an ein Puerperium. Nur zwei schickten die Kranken gleich zum Arzt, während 7 mehr oder weniger lange eine Therapie auf eigene Faust versuchten und erst bei Erfolglosigkeit derselben einen Arzt zuzogen.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Olshausen für die gütige Überlassung des Materials seiner Klinik, sowie dem Sekundärarzt Herrn Dr. Winter sowohl für die liebenswürdige Anregung zur vorliegenden Arbeit, als auch für die gütige Unterstützung bei derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Eine sichere Diagnose des beginnenden Portio- und Cervixkarcinoms kann nur vermittels des Mikroskops gestellt werden.

II.

Die beste Therapie bei beginnender seröser Pleuritis ist die mit Natr. salicyl.

III.

Die Anlage von tiefen Röhrenbrunnen an Stelle der Kesselbrunnen ist vom hygienischen Standpunkt dringend anzuraten.

IV.

Die operative Behandlung mit dem scharfen Löffel oder mit dem Paquelin ist allen anderen therapeutischen Maassregeln gegen Lupus vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser, Ernst Mommsen, Sohn des Professors an der Universität Berlin Dr. Theodor Mommsen, evangelischer Konfession, wurde am 8. Juli 1863 zu Berlin geboren. Seine gymnasiale Ausbildung erhielt er auf der kgl. Klosterschule zu Ilfeld und auf dem grossherzoglich badischen Gymnasium zu Lahr, welches letztere er im Sommer 1885 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Darauf widmete er sich dem Studium der Medizin und zwar studierte er erst 4 Semester in Freiburg in Baden, danach 6 Semester in Berlin. Am 25. Juli 1887 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 19. Februar 1890 das Tentamen medicum und am 28. Februar 1890 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit in Berlin hatte Verfasser den grossen Vorzug, der Reihe nach Famulus bei Herrn Geheimrat Waldeyer, bei Herrn Geheimrat Gerhardt, Hauspraktikant bei Herrn Geheimrat Olshausen und schliesslich Famulus bei dem Sekundärarzt der kgl. Frauenklinik Herrn Dr. Winter zu werden.

Im Verlaufe seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren:

In Freiburg: Baumann, Hildebrand, Koch, v. Kries, Strasser, Warburg, Weissmann, Wiedersheim.

In Berlin: Bardeleben, v. Bergmann, Bramann, Gerhardt, Gusserow, Henoch, Hirsch, Koch, Landgraf, Lassar, L. Lewin, Leyden, Mendel, Müller, v. Noorden, Olshausen, Rabl-Rückhardt, Schweigger, Silex, R. Virchow, Winter, Wolff.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.